

渋川市介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)サービス利用実績・実施報告書

年 月 分

被保険者番号		保険者名	渋川市		担当事業所 渋川市〇〇地域包括支援センター 委託事業所名 TEL: FAX:
被保険者名		要支援区分 (区分支給限度基準額)	要支援1 (5,032単位) 要支援2 (10,531単位) いずれかに〇 事業対象者 (5,032単位)		
生年月日	M・T・S 年 月 日〔 歳〕	男・女	限度額適用期間	年 月 ~ 年 月	担当者氏名

提供時間	サービス内容	サービス事業者	月間サービス計画及び実績の記録																															合計回数	利用単位数	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
			曜日																																	
~			予定																																	
			実績																																	
~			予定																																	
			実績																																	
~			予定																																	
			実績																																	
~			予定																																	
			実績																																	

限度額外合計単位	限度額内合計単位
----------	----------

貴サービス利用に関して下記にご記入ください。 * 毎月ご記入ください。

サービス実施報告	事業者名	担当者名	記入年月日	年 月 日
①個別サービス計画上の実施状況	②今月の利用者の状況		③その他、地域包括支援センターへの連絡事項等	
1. 計画通り実施できた。 2. ほぼ計画通り実施できた。 3. 計画の通りには実施できなかった。 (2. 3の理由)	1. 変化なし 2. 変化あり → a. 改善している b. 悪化している (1・2ともその状況(サービス実施の効果や生活・心身の状況の変化等))			